

الخطة الفردية لخدمة الأسرة (IFSP)

تاريخ الإحالة:	تاريخ اجتماع الخطة الفردية لخدمة الأسرة:	نوع اجتماع الخطة الفردية لخدمة الأسرة: <input type="checkbox"/> تقييم مرحلي <input type="checkbox"/> أولي <input type="checkbox"/> سنوي
----------------	--	---

معلومات الطفل والأسرة

اسم الطفل (الأول/الأوسط/الأخير):	رقم الهوية:	رقم MA:
تاريخ الميلاد:	هاتف المنزل:	هاتف المنزل:
العنوان:	اسم الوالد/الوصي/الوالد البديل:	هاتف المنزل:
العنوان:	هاتف العمل:	هاتف العمل:
البريد الإلكتروني:	الهاتف الخليوي:	الهاتف الخليوي:
أفضل وقت للاتصال:	أفضل طريقة للاتصال: <input type="checkbox"/> هاتف المنزل <input type="checkbox"/> هاتف العمل <input type="checkbox"/> الهاتف الخليوي <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني	

توقعات المشاركين في الفريق

كل وكالة أو شخص يمارس دورًا مباشرًا في تقديم خدمات التدخل المبكر يُعتبر مسؤولاً عن مساعدة الطفل والأسرة المتأهلين على تحقيق نتائج هذه الخطة الفردية لخدمة الأسرة.

منسق الخدمة	التاريخ	مسؤول التقييم/المساعدة (أو الاشراف بوسائل أخرى حسب الحاجة)	التاريخ
منسق خدمة فصلي/بديل	التاريخ	مشارك آخر	التاريخ
ممثل وكالة رئيسية	التاريخ	مشارك آخر	التاريخ
الوالد (الوالدان)/الوصي/الوالد البديل	التاريخ	مشارك آخر	التاريخ

معلومات منسق الخدمة

إذا كانت لديك أسئلة عن هذه الخطة الفردية لخدمة الأسرة أو أي من الأفراد الذين يعملون مع طفلك وأسرته، فاتصل بمنسق الخدمة.
اسم منسق الخدمة:
الوكالة:
العنوان:
هاتف العمل:
البريد الإلكتروني:

التواريخ المحددة لاجتماع الخطة الفردية لخدمة الأسرة

التاريخ المحدد لاستعراض الخطة الفردية لخدمة الأسرة على مدى ستة أشهر:
التاريخ المحدد لتاريخ الاستعراض السنوي للخطة الفردية لخدمة الأسرة:
نطاق التاريخ المحدد للاجتماع الانتقالي للتخطيط:

الجزء الأول - معلومات عن تطور طفلي

القسم أ - المعلومات الصحية

الصحة العامة	
ما هي فترة حمل طفلك قبل ولادته؟	_____ أسبوع _____ يوم
ما هو وزن طفلك عند ولادته؟	_____ رطل _____ أوقية أو _____ جرام
من هو طبيب الرعاية الأساسية أو أخصائي الرعاية الصحية الآخر؟	الهاتف: _____

التحصينات	
أدرك نسخة من سجل تحصين طفلك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
إذا كانت الإجابة هي لا، يرجى توضيح الإستراتيجيات التي سيتم استخدامها للحصول على نسخة من سجل تحصين طفلك.	
هل يحتوي سجل التحصين على التحصينات المطلوبة للعمر الزمني لطفلك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
إذا كانت الإجابة هي لا، فما هي الإستراتيجيات التي سيتم تطبيقها من أجل أن يحصل طفلك على التحصينات المطلوبة؟	
اذكر التحصينات التي تم تلقيها (التحصينات المكتوبة بخط سميك ملوبة للمدرسة الحكومية):	
<input type="checkbox"/> التحصين الثلاثي من الدفتريا والسعال الديكي والتيتانوس/الدفتريا والتيتانوس <input type="checkbox"/> شلل الأطفال <input type="checkbox"/> فيروس الكبد الوبائي ب <input type="checkbox"/> فيروس الكبد الوبائي ب <input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> الفيروس العجلي <input type="checkbox"/> التحصين من الحصبة ٤ <input type="checkbox"/> فيروس الكبد الوبائي أ <input type="checkbox"/> الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية <input type="checkbox"/> الحماق	
اذكر التحصينات المطلوبة (التحصينات المكتوبة بخط سميك ملوبة للمدرسة الحكومية):	
<input type="checkbox"/> التحصين الثلاثي من الدفتريا والسعال الديكي والتيتانوس/الدفتريا والتيتانوس <input type="checkbox"/> شلل الأطفال <input type="checkbox"/> فيروس الكبد الوبائي ب <input type="checkbox"/> فيروس الكبد الوبائي ب <input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> الفيروس العجلي <input type="checkbox"/> التحصين من الحصبة ٤ <input type="checkbox"/> فيروس الكبد الوبائي أ <input type="checkbox"/> الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية <input type="checkbox"/> الحماق	

مراقبة/اختبار التقدم	
هل تم اختبار مستوى تقدم طفلك؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة هي نعم، فما هو المستوى؟ _____
هل هناك أية مشكلات في سماع طفلك؟ <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة هي نعم، يرجى التوضيح. _____

التغذية	
هل هناك أية مشكلات في أكل طفلك أو تغذيته العامة أو نموه؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
إذا كانت الإجابة هي نعم، يرجى توضيحها.	

مشكلات الصحة العامة	
هل هناك أية مشكلة في صحة طفلك (تجهيزات خاصة، حساسيات، معلومات أخرى عن الصحة العقلية أو البدنية) ينبغي أن يعرفها الفريق للتخطيط بشكل أفضل وتقديم خدمات لطفلك وأسرتك؟	

الجزء الأول - معلومات عن تطور طفلي

القسم ب - المستويات الحالية للتطور

حالة التقييم:

أولي مرحلي (من الميلاد إلى ٣ سنوات) خروج (من الميلاد إلى ٣ سنوات) مرحلي (من ٣ سنوات إلى عمر رياض الأطفال)
 خروج (من ٣ سنوات إلى عمر رياض الأطفال)

المستويات الحالية للتطور

المجال	تاريخ التقييم (س/ش/ي)	اسم أداة التقييم (أدوات)	العمر الزمني	مستوى العمر/ نطاق العمر	الوصف النوعي
معرفي (اللعب والتفكير والاستكشاف)					
التواصل (فهم الآخرين والتعبير عن الذات)					
اجتماعي أو عاطفي (العواطف والمشاعر والتفاعل مع الآخرين)					
التكيف (الطعام والشراب والذهاب إلى الحمام وعمل الأشياء بنفسه)					
جسدي	الحركة الدقيقة (استخدام يدي في اللعب أو التغذية أو النشاطات الأخرى)				
	الحركة العامة (تحريك الجسد لتغيير الوضع أو المكان)				
السمع	هل نجح طفلك في اختبار Newborn العالمي لمراقبة السماع؟ هل فحص أخصائي سمع طفلك لإجراء تقييم كامل للسمع؟ هل هناك أية مشكلات في سماع طفلك؟ نتائج التقييم/الفحص:				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير متاح <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
الإبصار	هل تم اختبار إبصار طفلك؟ هل هناك أية مشكلات في إبصار طفلك؟ نتائج التقييم/الفحص:				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

الجزء الأول - معلومات عن تطور طفلي
القسم ج - القابلية للحصول على خدمات التدخل المبكر

القابلية

يتأهل طفلك للحصول على خدمات التدخل المبكر على أساس نتائج عملية التقييم.
يعتمد التأهل على الفئة المحددة بالأسفل.

تأخر في التطور بنسبة ٢٥٪ على الأقل

يتأهل طفلي للحصول على خدمات التدخل المبكر لأنه يعاني من تأخر بنسبة ٢٥٪ على الأقل في واحد أو أكثر من مجالات التطور الآتية. **اختر كل ما ينطبق:**

المعرفي التواصل اجتماعي أو عاطفي التكيف الجسدي: حركة دقيقة حركة عامة

التطور أو السلوك غير العادي

يتأهل طفلي للحصول على خدمات التدخل المبكر لأنه يظهر عليه تطور أو سلوك غريب في واحد أو أكثر من مجالات التطور الآتية ومن المرجح أن يتسبب في تأخر في النمو لاحقاً. **اختر كل ما ينطبق:**

المعرفي التواصل اجتماعي أو عاطفي التكيف الجسدي: حركة دقيقة حركة عامة

تم تشخيص حالة جسدية أو عقلية تنطوي على احتمالية كبيرة للتأخر في التطور

يتأهل طفلي للحصول على خدمات التدخل المبكر لأن لديه حالة جسدية أو عقلية تم تشخيصها وتنطوي على احتمالية كبيرة بأن تؤدي إلى تأخر في النمو. هذه القائمة ليست شاملة. **اختر كل ما ينطبق:**

- اضطراب صبغي: متلازمة داون أخرى: _____
- مرض مزمن في الرئة (CLD)
- عدوى خلقية لها أعراض (مثل فيروس HIV)
- عيوب خلقية في الأيض ترتبط بالجهاز العصبي المركزي (مثل داء بول شراب القيقب ووجود غالكتوز في الدم)
- الرضع الذين تظهر عليهم آثار واضحة لإدمان الأم للكحول قبل الولادة (مثل متلازمة الجنين الكحولي)
- الرضع المتأثرون بالتعرض للعقاقير داخل الرحم والذين يحتاجون لعلاج أو تظهر عليهم أعراض إعاقاة النمو داخل الرحم
- نزف داخل البطين من الدرجتين الثالثة أو الرابعة
- تسمم بمستوى ٢٠ ميكرو جرام في الديسيلتر أو أعلى
- اعتلال دماغي متوسط إلى حاد ناتج عن أذى لحق بالمخ
- اضطرابات تنكسية عصبية في بداية الرضاعة والطفولة المبكرة (مثل حثل الكظر وبيضاء الدماغ، وداء تاي زاكس)
- (PVL) Periventricular Leukomalacia
- جنين مبتسر بوزن عند الولادة يقل عن ١٢٠٠ جرام (رطلان و ١٠ أوقيات)
- داء الصرع حيث تكون النوبات كثيرة أو صعوبة التحكم أو الحالة مرتبطة بإعاقاة معرفية مستمرة (مثل تشنجات الأطفال)
- إعاقات الحواس

كفيف أو معاق بصرياً

أصم أو يعاني من صعوبة في السمع

تشوهات خلقية حادة (مثل القيلة النخاعية السحائية وموه الرأس الخلفي)

التهاب معوي قولوني جراحي ناخر (NEC)

أخرى: _____

أخرى: _____

أخرى: _____

الجزء الأول - معلومات عن تطور طفلي
القسم د - نقاط القوة والاحتياجات

نقاط القوة والاحتياجات

يوفر وصف نقاط القوة والاحتياجات الخاصة بطفلك معلومات ثمينة عند التخطيط لخدمات التدخل المبكر ستؤدي إلى دعم تطوير المخرجات للطفل والأسرة.

احتياجات طفلي	نقاط قوة طفلي
<p>ما هي الأشياء الصعبة على طفلي؟ ما هي الأشياء التي لم يتعلم طفلي فعلها بعد؟</p>	<p>ما هي الأشياء التي يحب طفلي أن يفعلها؟ ما هي الأشياء التي يفعلها طفلي بشكل جيد؟</p>

الجزء الثاني - معلومات عن الأسرة

القسم أ - مشكلات وأولويات وموارد

مشكلات وأولويات وموارد

لتقديم أفضل دعم لطفلك وأسرتك، من المفيد معرفة الموضوعات والمشكلات المهمة بالنسبة إلى أسرتك. مشاكل أسرتك وأولوياتها ومواردها كأساس لتطوير المخرجات وتحديد الإستراتيجيات والنشاطات الخاصة بالتعامل مع احتياجات طفلك وأسرتك. يمكنك أن تذكر قدر المعلومات الذي ترغب فيه.

مشكلات أسرتي	أولويات أسرتي	موارد أسرتي
مشكلات عندي بشأن صحة طفلي ونموه. معلومات وموارد وأنواع دعم أحتاجها أو أريدها لطفلي و/أو أسرتي.	أمالى وأحلامي لطفلي. الأشياء الأهم بالنسبة إلى طفلي و/أو أسرتي الآن.	موارد يملكها طفلي/أسرتي للدعم، بما في ذلك الأشخاص والنشاطات والبرامج/المنظمات.

تم جمع هذه المعلومات باستخدام تقييم موجه من الأسرة وباستخدام ما يلي. اختر كل ما ينطبق:

استبيان الأعمار والمراحل (ASQ)

أداة مقابلات شخصية مع الأسرة تم تطويرها محلياً

أدوات/وسائل أخرى: _____

مقابلة شخصية حول الأعمال الروتينية (RBI)

التقييم الموجه من الأسرة الذي رفضته الأسرة.

الجزء الثاني - معلومات عن الأسرة
القسم ب - البيئات الطبيعية

الأعمال الروتينية في البيئات الطبيعية

يتم تقديم خدمات التدخل المبكر في البيئات الطبيعية. البيئة الطبيعية هي الموضع الذي يقضي فيه طفلك وأسرته الوقت مثل المنزل أو برنامج رعاية الطفل أو المنشآت الاجتماعية الأخرى. البيئات الطبيعية هي التي يلعب فيها الأطفال النامون ويتعلمون في العادة. ستساعدنا المعلومات التالية على تحديد البيئة (البيئات) الطبيعية التي سيتلقى فيها طفلك وأسرته خدمات التدخل المبكر.

أين يقضي طفلك/أسرتك الوقت؟ اختر كل ما ينطبق:

<input type="checkbox"/> منزل الطفل	<input type="checkbox"/> البداية المبكرة/البداية	<input type="checkbox"/> مركز دعم الأسرة
<input type="checkbox"/> مركز رعاية الأطفال	<input type="checkbox"/> المكتبة	<input type="checkbox"/> مقر عمل الوالد
<input type="checkbox"/> منشأة دينية	<input type="checkbox"/> منزل فرد في العائلة	<input type="checkbox"/> مأوى
<input type="checkbox"/> رعاية الأسرة للطفل	<input type="checkbox"/> مجموعة للعب الأطفال	<input type="checkbox"/> أخرى: _____
<input type="checkbox"/> مركز جودي		

ما هي النشاطات التي ترغبون في عملها معًا كأسرة؟

هل هناك شيء ترغبون في عمله معًا كأسرة لكنكم لا تستطيعون عمله في هذا الوقت؟

ما هي الأعمال الروتينية اليومية لطفلك وأسرته؟ هل تُعتبر بعض هذه الأعمال الروتينية صعبة؟ هل هناك أعمال روتينية أخرى ترغب أسرته في البدء فيها؟

ما هي العوائق التي تمنع طفلك وأسرته من المشاركة في أعمالكم الروتينية ونشاطاتكم اليومية؟

ما هي الطريقة الأفضل التي يمكن أن يقدم بها البرنامج الدعم لأسرتك في رغبتها لتحسين الأعمال الروتينية الهامة أو البدء فيها؟

الجزء الثالث - مخرجات طفلي/أسرتي المرتبطة بتطور طفلي

مخرجات الطفل والأسرة

على أساس المعلومات الخاصة بالمستويات الحالية للتطور والتقارير المعلن عنها الخاصة بالطفل، ونقاط القوة لدى الطفل واحتياجاته، ومشكلات الأسرة وأولوياتها ومواردها، والأعمال الروتينية اليومية الخاصة بكم، تحدد هذه الخطة ما نريد إنجازه والخطوات المحددة المطلوبة. يرجى تحديد المخرجات التي لها أولوية لطفلك أو أسرتك، بما في ذلك مهارات وسياق معينين. يتم ملء نموذج منفصل عن "مخرجات الطفل والأسرة" لكل مخرج.

المعايير القابلة للقياس	إستراتيجيات/نشاطات/ فرص تعلم	المخرج
كيف سنعلم عندما يتحقق المخرج؟	ما هي الخطوات التي يتعين اتخاذها للمساعدة على تحقيق المخرج الذي له الأولوية؟	ما الذي نرغب في أن يتحقق؟

الخط الزمني

المشاركون - من سيشارك؟

الاسم:	الوظيفة:	الهاتف/البريد الإلكتروني:

استعراض تقدم المخرج

رموز الاستعراض: حدد الرمز الأنسب.	الرمز:	التاريخ:	الحروف الأولى:	التعليقات:
١ - محترف - لقد نجحنا!				
٢ - قيد العمل - نحقق تقدمًا.				
٣ - بحاجة إلى تطوير - لنقم ببعض التعديلات.				
٤ - لم يعد مطلوبًا				
٥ - مؤجل				

الاستجابة لتطور المخرج - (مطلوب فقط لرمز استعراض التطور ٣)

رموز الاستعراض: حدد الرمز الأنسب.	الرمز:	التاريخ:	الحروف الأولى:	التعليقات:
١ - راجع المخرج				
٢ - قم بتعديل الإستراتيجيات/النشاطات				
٣ - قم بتغيير الخدمة				
٤ - أخرى: _____				

الجزء الرابع - خدمات التدخل المبكر الخاصة بطفلي

خدمات التدخل المبكر

تعمل خدمات التدخل المبكر على تحسين تطور طفلك وقدرة أسرتك على تلبية حاجات طفلك. تعمل كل خدمة من خدمات التدخل المبكر على دعم مخرجات طفلك وأسرتك. يتم ملء نموذج منفصل عن "خدمات التدخل المبكر" لكل خدمة/ دعم/ منشأة.

المنشأة	وصف الخدمة				نوع الخدمة
	الأسلوب	الكثافة	التردد	عدد الجلسات	
<input type="checkbox"/> منزل (مقر الإقامة الرئيسي لأسرة الطفل أو من يعتنون به) <input type="checkbox"/> منشأة مجتمعية (يرجى التحديد): _____ <input type="checkbox"/> أخرى (يرجى التحديد): _____ تبرير منشأة أخرى: _____ _____	<input type="checkbox"/> مجموعة <input type="checkbox"/> فرد	عدد الدقائق في كل جلسة: <input type="checkbox"/> ١٥ <input type="checkbox"/> ٣٠ <input type="checkbox"/> ٤٥ <input type="checkbox"/> ٥٠ <input type="checkbox"/> ٦٠ <input type="checkbox"/> ٩٠ <input type="checkbox"/> ١٢٠ <input type="checkbox"/> ١٨٠ <input type="checkbox"/> ٢٤٠ <input type="checkbox"/> أخرى: _____	<input type="checkbox"/> فقط <input type="checkbox"/> يوميًا <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> سنويًا <input type="checkbox"/> بشكل ربع سنوي <input type="checkbox"/> بشكل نصف سنوي	<input type="checkbox"/> ١ <input type="checkbox"/> ٢ <input type="checkbox"/> ٣ <input type="checkbox"/> ٤ <input type="checkbox"/> ٥ <input type="checkbox"/> ٦ <input type="checkbox"/> أخرى: _____	يرجى التحديد: _____

منشآت أخرى (غير مجتمعية أو منزلية)	منشآت مجتمعية (حيث يتواجد في العادة الأطفال الذين لا يعانون من إعاقات)	نوع الخدمة
١. مركز التدخل المبكر/فصل للأطفال المعاقين ٢. موقع موفر الخدمة (مثل المريض الخارجي، أخصائي السمع) ٣. المستشفى (المريض الداخلي) ٤. منشأة سكنية ٥. أخرى	٨. متجر البقالة ٩. الحديقة/ساحة اللعب ١٠. المطعم ١١. المجتمع/مركز الاستجمام ١٢. مقر عمل الوالد ١٣. المأوى ١٤. أخرى	٩. نفسي ١٠. رعاية قصيرة الأمد ١١. عمل اجتماعي ١٢. تعليم خاص ١٣. علاج الحديث/اللغة ١٤. خدمات الإبصار ١٥. أخرى

وكالة موفر الخدمة: تسجيل اسم الوكالة التي توفر الخدمة. استخدم الاسم النصي العادي داخل كل وكالة. _____ _____	المسؤولية المالية: اختر وكالة واحدة تكون مسؤولة عن السداد مقابل الخدمات. <input type="checkbox"/> نظام المدارس المحلية <input type="checkbox"/> إدارة الصحة المحلية <input type="checkbox"/> الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية <input type="checkbox"/> أخرى (يرجى التحديد): _____
اسم الموفر/رقم الهاتف: سجل اسم الفرد الذي يوفر الخدمة ورقم هاتفه. _____ _____	مصدر السداد: اختر مصدر سداد واحدًا فقط عندما تنوي الوكالة المحددة باعتبارها المسؤولة ماليًا أن تطلب الدفع مقابل الخدمة من مصدر آخر. <input type="checkbox"/> المساعدة الطبية <input type="checkbox"/> أخرى (يرجى التحديد): _____

التاريخ المحدد لبدء الخدمة: اكتب التاريخ المتوقع لانتهاج الخدمة. من س/ش/ي _____	التاريخ المحدد لبدء الخدمة: اكتب التاريخ المتوقع لانتهاج الخدمة. من س/ش/ي _____
تاريخ إنهاء الخدمة: اكتب تاريخ انتهاء الخدمة. من س/ش/ي _____	المدة المحددة: اكتب المدة الزمنية لتقديم الخدمة. ش/س/ي _____

اسم الطفل:

رقم الهوية:

تاريخ اجتماع الخطة الفردية لخدمة الأسرة:

بقية الجزء الرابع - خدمات التدخل المبكر الخاصة بطفلي

خدمات التدخل المبكر (تابع)

التقنية المساعدة

هل يحتاج طفلي لخدمات تقنية أو أجهزة مساعدة لزيادة قدراته الوظيفية؟

نعم لا

أنواع التقنية المساعدة. اختر كل ما ينطبق:

- نشاطات الحياة اليومية (ADL)
- أجهزة الكمبيوتر المجهزة
- برامج الكمبيوتر المجهزة
- مساعدات سمعية
- جهاز اتصال معزز وبديل (AAC)
- وحدات تحكم بيئية (ECUs)
- مساعدات حركية
- مساعدات للعب والاسترخاء ووقت الفراغ
- مساعدات للجلوس والتموضع
- والنقل/الأمان
- مساعدات بصرية
- أخرى _____

المورد

اسم المورد:

البريد الإلكتروني:

الهاتف:

النقل

هل تشمل هذه الخطة النقل الضروري لتمكين طفلك و/أو أسرتك من الحصول على خدمات التدخل المبكر؟

نعم لا

أنواع النقل:

- مع الوالد ودفع مقابل
- حافلة المدرسة
- سيارة أجرة/تاكسي
- وسائل النقل العام مع دفع مقابل
- أخرى (يرجى التحديد) _____

هل هناك أية معدات خاصة مطلوبة لنقل الطفل؟
إذا كانت الإجابة هي نعم، فحدد نوع المعدة:

نعم لا

المورد

اسم المورد:

البريد الإلكتروني:

الهاتف:

الجزء الخامس - روابط الخدمة

روابط الخدمة

روابط الخدمة هي خدمات وأنواع دعم تم تصميمها لتحسين تطور طفلك وقدرة الأسرة على تلبية احتياجات طفلك وأسرتك. يتم ملء نموذج منفصل عن "روابط الخدمة" لكل فرد في الأسرة.

يتم توفير روابط الخدمة لفرد الأسرة التالي. (اختر واحدًا فقط مما يلي.)

الطفل المتأهل شقيق الأسرة الوالد/الوصي قريب آخر

روابط الخدمة التي سيتم توفيرها (اختر كل ما ينطبق.)

رعاية الطفل/الإثراء	مساعدة الدخل	طبي/صحي	أخرى
<input type="checkbox"/> قبل/بعد رعاية الطفل	<input type="checkbox"/> مساعدة مالية طارئة	<input type="checkbox"/> التقييم	<input type="checkbox"/> تعليم البالغين
<input type="checkbox"/> معسكرات، اليوم/السكن	<input type="checkbox"/> الاستشارة المالية	<input type="checkbox"/> خدمات طب الأسنان	<input type="checkbox"/> مركز موارد رعاية الطفل، المركز المحلي
<input type="checkbox"/> البداية المبكرة/البداية	<input type="checkbox"/> طوابع الغذاء	<input type="checkbox"/> عيادات تشخيصية/استشارية	<input type="checkbox"/> لدعم الأسرة
<input type="checkbox"/> الرعاية اليومية للأسرة	<input type="checkbox"/> مساعدة عامة	<input type="checkbox"/> معدات/أجهزة	<input type="checkbox"/> شبكة دعم الأسرة، الشبكة المحلية
<input type="checkbox"/> مراكز الرعاية الجماعية للطفل	<input type="checkbox"/> دخل تأميني إضافي	<input type="checkbox"/> تأمين صحي	<input type="checkbox"/> لدعم الأسرة، برنامج الولاية
<input type="checkbox"/> رعاية الطفل في المنزل	<input type="checkbox"/> آخر _____	<input type="checkbox"/> رعاية صحية منزلية	<input type="checkbox"/> برنامج للزيارات المنزلية. (يرجى التحديد)
<input type="checkbox"/> برنامج ما قبل المدرسة	استشارة	<input type="checkbox"/> إقامة في المستشفى	_____
<input type="checkbox"/> التعليم الخاص	<input type="checkbox"/> بالغ	<input type="checkbox"/> التحصينات	<input type="checkbox"/> إسكان
<input type="checkbox"/> أخرى _____	<input type="checkbox"/> عمل	<input type="checkbox"/> خدمات الصحة العقلية	<input type="checkbox"/> مركز جودي
	<input type="checkbox"/> أسرة	<input type="checkbox"/> رعاية قبل الولادة	<input type="checkbox"/> الخدمات القانونية
	<input type="checkbox"/> وراثي	<input type="checkbox"/> عقاقير بوصف من الطبيب	<input type="checkbox"/> تعليم الوالدين
	<input type="checkbox"/> إسكان	<input type="checkbox"/> رعاية صحية أساسية	<input type="checkbox"/> الاعتماد على مشروع
	<input type="checkbox"/> زوجي	<input type="checkbox"/> مراقبة	<input type="checkbox"/> برنامج استجمام
	<input type="checkbox"/> خاص	<input type="checkbox"/> علاج إدمان مواد	<input type="checkbox"/> مجموعة الدعم
	<input type="checkbox"/> آخر _____	<input type="checkbox"/> عملية جراحية	<input type="checkbox"/> أخرى _____
		<input type="checkbox"/> برنامج النساء والرضع والأطفال	
		<input type="checkbox"/> آخر _____	

موفرو ربط الخدمة

اسم المورد:	اسم المورد:
الهاتف/البريد الإلكتروني:	الهاتف/البريد الإلكتروني:
اسم المورد:	اسم المورد:
الهاتف/البريد الإلكتروني:	الهاتف/البريد الإلكتروني:

إستراتيجيات للمساعدة على توفير روابط الخدمة للأسرة

الشخص (الأشخاص) المشتركين في توفير روابط الخدمات	مصادر السداد (اختر كل ما ينطبق.)
الاسم:	<input type="checkbox"/> منظمة الحفاظ على الصحة (HMO)
الوظيفة:	<input type="checkbox"/> المساعدة الطبية
الهاتف:	<input type="checkbox"/> بدون رسوم
البريد الإلكتروني:	<input type="checkbox"/> تأمين صحي آخر
	<input type="checkbox"/> الوالد: السداد بالكامل
	<input type="checkbox"/> الوالد: رسوم متغيرة
	<input type="checkbox"/> أخرى: _____

الجزء السادس - التفويض (التفويضات)

التفويض (التفويضات)

موافقة الوالد/الوصي/الوالد البديل

- حصلت/حصلنا على فرصة المشاركة في تطوير هذه الخطة الفردية لخدمة الأسرة (IFSP) وحصلنا على تنبيه معقول إلى اجتماع الخطة الفردية لخدمة الأسرة.
- تم إبلاغي/إبلاغنا بحقوق/حقوقنا الأبوية في هذا البرنامج من خلال حصولنا على الحقوق الأبوية: الإشعار الإجرائي للأوصياء في ولاية ماريلاند وكتيب الأسرة عن نظام التدخل المبكر في ولاية ماريلاند.
- سيتم تقديم خدمات التدخل المبكر كما هو موصوف في الخطة الفردية لخدمة الأسرة. أفهم/نفهم أنه سيتم استعراض الخطة الفردية لخدمة الأسرة كل ستة (6) أشهر.
- أفهم/نفهم أن موافقتي/موافقتنا تطوعية وأنها يمكن التراجع عنها في أي وقت.
- أفهم/نفهم أنه لن يتم الكشف عن السجلات بدون موافقتي/موافقتنا الموقعة والمكتوبة إلا وفقاً لبنود قانون حقوق تعليم الأسرة والخصوصية (FERPA). يسمح هذا القانون بالكشف عن سجلات التدخل المبكر أمام الوكالات المشاركة في نظام التدخل المبكر.
- أفهم/نفهم أن الوكالة الحكومية ستقدم المعلومات من خلال قاعدة معلومات على مستوى الولاية. من جانب إدارة التعليم في ولاية ماريلاند (MSDE) ووكالات الولاية الأخرى عند الحاجة من أجل توفير تمويل للبرامج.
- تم إبلاغي/إبلاغنا بأشخاص فريق الخطة الفردية لخدمة الأسرة بلغتي/لغتنا أو بوسيلة اتصال أخرى.
- تعكس هذه الخطة المخرجات المهمة للطفل والأسرة.
- أفهم/نفهم الخطة وحقوق الوالدين ونعطي التصريح بتطبيق هذه الخطة الفردية لخدمة الأسرة.

توقيع الوالد (الوالدان)/الوصي/الوالد البديل

التاريخ

المساعدة الطبية

- أختار/نختار القبول بتنسيق الخدمة لإدارة حالات الأطفال المعاقين. أفهم/نفهم أن الغرض من هذه الخدمة هو المساعدة على الوصول إلى الخدمات الطبية والاجتماعية والتعليمية والخدمات الأخرى المطلوبة. أفهم/نفهم أن الاستمرار في هذه الخدمة يعتمد على تلبية متطلبات القبول في تنسيق الخدمة للأطفال المعاقين [مجموعة تشريعات ولاية ميريلاند COMAR 10.09.40].
- أفهم/نفهم أن هذه الخدمة لا تعيق أو تؤثر بطريقة أخرى على تأهل المشارك للحصول على مزايا مساعدات طبية أخرى. أفهم/نفهم توفر حرية اختيار مدير الحالة/منسق الخدمة لطفلي/طفلتنا.
- أعطي/نعطي الإذن للوكالة المقدمة للخدمة باستعادة التكاليف من المساعدات الطبية للفقراء مقابل تنسيق الخدمة وكذلك مقابل الخدمات المرتبطة بالصحة والمرتبطة بتطبيق مخرجات طفلي. أفهم/نفهم أن رفض السماح للوكالة المقدمة للخدمة بالوصول إلى أموال المساعدات الطبية لا يعني إعفاء الوكالة الحكومية من مسؤوليتها عن ضمان تقديم كل الخدمات المطلوبة لطفلي/طفلتنا بدون فرض تكاليف على أسرتي/أسرتنا.

اكتب اسم الطفل

رقم المساعدة الطبية (MA)

التاريخ

توقيع الوالد (الوالدان)/الوصي/الوالد البديل

الجزء السابع - معلومات عن انتقال طفلي

القسم أ - الانتقال في سن الثالثة

الانتقال في سن الثالثة

تاريخ اجتماع التخطيط للانتقال:

توضيح سبب تأجيل الاجتماع	
إذا تم عقد اجتماع التخطيط للانتقال بعد أن وصل الطفل لسن ٣٣ شهرًا، فاختر مما يلي إجابة تقدم توضيحًا. (اختر إجابة واحدة فقط.)	إذا لم يتم عقد اجتماع التخطيط للانتقال على الإطلاق قبل عيد ميلاد الطفل الثالث، فاختر مما يلي إجابة تقدم توضيحًا. (اختر إجابة واحدة فقط.)
<input type="checkbox"/> لم تنجح محاولات الاتصال بالأسرة.	<input type="checkbox"/> لم تنجح محاولات الاتصال بالأسرة.
<input type="checkbox"/> تمت إحالة الطفل في سن ٣١,٥ شهر أو بعده.	<input type="checkbox"/> تمت إحالة الطفل في سن ٣٤,٥ شهر أو بعده.
<input type="checkbox"/> طلبت الأسرة تغيير موعد الاجتماع أو تأجيله.	<input type="checkbox"/> رفضت الأسرة المشاركة في الاجتماع.
<input type="checkbox"/> أخرى: _____	<input type="checkbox"/> أخرى: _____

بحث القابلية للحصول على تعليم خاص قبل المدرسة والخدمات ذات الصلة (الجزء ب)

لا يرغب الوالدان في بحث القابلية للحصول على خدمات الجزء ب. لا يرغب الوالدان في بحث القابلية للحصول على خدمات الجزء ب.

خدمات المجتمع

هل تمت إحالة الأسرة لخدمات المجتمع؟ نعم لا إذا كانت الإجابة هي نعم، فاختر الخدمات التي تنطبق.

تطويرية/طبية/صحية:	رعاية الطفل/الإثراء	شبكة منسقي
<input type="checkbox"/> علاجات النمو (غير المذكورة في القسم ج والقسم ب)	<input type="checkbox"/> المعسكرات	<input type="checkbox"/> لدعم الأسرة
<input type="checkbox"/> معدات/أجهزة	<input type="checkbox"/> الرعاية اليومية للأسرة	<input type="checkbox"/> برنامج للزيارات المنزلية (يرجى التحديد)
<input type="checkbox"/> رعاية صحية منزلية	<input type="checkbox"/> رعاية الجماعية للطفل	<input type="checkbox"/> تعليم الوالدين
<input type="checkbox"/> التحصينات	<input type="checkbox"/> بداية متوازنة	<input type="checkbox"/> مجموعة الدعم
<input type="checkbox"/> خدمات الصحة العقلية	<input type="checkbox"/> بداية مبكرة	<input type="checkbox"/> أخرى: _____
<input type="checkbox"/> رعاية صحية أساسية	<input type="checkbox"/> مجموعة اللعب	خدمات مجتمعية أخرى:
<input type="checkbox"/> برنامج النساء والرضع والأطفال	<input type="checkbox"/> برنامج ما قبل المدرسة:	_____
	عام _____	_____
	خاص _____	_____
	<input type="checkbox"/> برنامج استنجام	_____
	<input type="checkbox"/> مركز جودي	_____
	<input type="checkbox"/> تعليم منزلي لأبوي الأطفال في سن ما قبل	_____
	المدرسة (HIPPIY)	_____

ملاحظات اجتماع التخطيط للانتقال/الخطوات المستقبلية

النشاطات	الخطوط الزمنية	الشخص (الأشخاص) المسؤولون

نتائج الاجتماع الأولي لتحديد القابلية للدخول في برنامج للتعليم الفردي (يتم ملء هذا القسم من جانب موظفي التعليم الخاص)

موظفو التعليم الخاص: يتم ملء هذا القسم وتقديمه لإدخال بيانات القسم ج مباشرة بعد الاجتماع الأولي لتحديد القابلية لبرنامج التعليم الفردي. اختر العبارة التي توضح نتائج الاجتماع الأولي لتحديد القابلية للدخول في برنامج للتعليم الفردي.
<input type="checkbox"/> تم تحديد أن الطفل يتأهل للحصول على الخدمات المستمرة من خلال خطة فردية لخدمة الأسرة أو تعليم خاص قبل المدرسة والخدمات ذات الصلة من خلال برنامج للتعليم الفردي.
<input type="checkbox"/> تم تحديد أن الطفل لا يتأهل للحصول على الخدمات المستمرة من خلال خطة فردية لخدمة الأسرة أو تعليم خاص قبل المدرسة والخدمات ذات الصلة من خلال برنامج للتعليم الفردي.

الجزء السابع - معلومات عن انتقال طفلي

القسم ب - الانتقال بعد سن الثالثة

الانتقال بعد سن الثالثة

بحث خدمات التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة (الجزء ب)

قبل سن رياض الأطفال

- يرغب الوالدان في بحث الحصول على تعليم خاص قبل المدرسة والخدمات ذات الصلة من خلال برنامج للتعليم الفردي.
 لا يرغب الوالدان في بحث الحصول على تعليم خاص قبل المدرسة والخدمات ذات الصلة من خلال برنامج للتعليم الفردي.

في سن رياض الأطفال

- يرغب الوالدان في بحث الحصول على تعليم خاص والخدمات ذات الصلة من خلال برنامج للتعليم الفردي.
 لا يرغب الوالد في بحث الحصول على تعليم خاص والخدمات ذات الصلة من خلال برنامج للتعليم الفردي.

خدمات المجتمع

هل تمت إحالة الأسرة لخدمات المجتمع؟ نعم لا إذا كانت الإجابة هي نعم، فاختر الخدمات التي تنطبق.

شبكة منسقي	رعاية الطفل/الإثراء	تطويرية/طبية/أصحية:
<input type="checkbox"/> لدعم الأسرة <input type="checkbox"/> برنامج للزيارات المنزلية (يرجى التحديد) <input type="checkbox"/> تعليم الوالدين <input type="checkbox"/> مجموعة الدعم <input type="checkbox"/> أخرى: _____ خدمات مجتمعية أخرى: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> المعسكرات <input type="checkbox"/> الرعاية اليومية للأسرة <input type="checkbox"/> الرعاية الجماعية للطفل <input type="checkbox"/> بداية متوازنة <input type="checkbox"/> بداية مبكرة <input type="checkbox"/> مجموعة اللعب <input type="checkbox"/> برنامج ما قبل المدرسة: عام _____ خاص _____ <input type="checkbox"/> برنامج استجمام <input type="checkbox"/> مركز جودي <input type="checkbox"/> تعليم منزلي لأبوي الأطفال في سن ما قبل المدرسة (HIPPIY)	<input type="checkbox"/> علاجات النمو (غير المذكورة في القسم ج والقسم ب) <input type="checkbox"/> معدات/أجهزة <input type="checkbox"/> رعاية صحية منزلية <input type="checkbox"/> التحصينات <input type="checkbox"/> خدمات الصحة العقلية <input type="checkbox"/> رعاية صحية أساسية <input type="checkbox"/> برنامج النساء والرضع والأطفال

ملاحظات الاجتماع/الخطوات المستقبلية

النشاطات	الخطوط الزمنية	الشخص (الأشخاص) المسؤولون

نتائج اجتماع تحديد القابلية للدخول في برنامج للتعليم الفردي إذا تم (يتم ملء هذا القسم من جانب موظفي التعليم الخاص)

موظفو التعليم الخاص: يتم ملء هذا القسم وتقديمه لإدخال بيانات القسم ج مباشرة بعد الاجتماع الأولي لتحديد القابلية لبرنامج التعليم الفردي. اختر العبارة التي توضح نتائج اجتماع تحديد القابلية للدخول في برنامج للتعليم الفردي.

- تم تحديد أن الطفل يتأهل للحصول على تعليم خاص قبل المدرسة والخدمات ذات الصلة من خلال برنامج للتعليم الفردي.
 تم تحديد أن الطفل لا يتأهل للحصول على تعليم خاص قبل المدرسة والخدمات ذات الصلة من خلال برنامج للتعليم الفردي.

الجزء الثامن - موافقة الوالد (عند سن الثالثة أو قبلها)

اختيار الأسرة: الموافقة على استمرار خدمات الخطة الفردية لخدمة الأسرة أو طلب وقفها

من حق الأسرة أن تختار

- تلقيت/تلقينا نسخة من الإبلاغ السنوي "لدليل الأسرة للخطوات التالية عندما يصل الطفل المنضم لبرنامج التدخل المبكر إلى سن الثالثة - الأسرة لها حق الاختيار."
- تم إبلاغي/إبلاغنا بالاختلاف بين خدمات التدخل المبكر التي تتوفر من خلال خطة فردية لخدمة الأسرة (IFSP) بموجب قانون تعليم الأفراد المعاقين (IDEA) وخدمات التعليم الخاص قبل المدرسة التي تتوفر من خلال برنامج للتعليم الفردي (IEP) بموجب قانون تعليم الأفراد المعاقين.
- أفهم/نفهم أن الطفل يخضع حاليًا لخطة فردية لخدمة الأسرة وتبين أنه يستحق الحصول على تعليم خاص قبل المدرسة كطفل معاق بموجب قانون تعليم الأفراد المعاقين.
- تم إبلاغي/إبلاغنا بحقي/حقنا في الاختيار بين الخطة الفردية لخدمة الأسرة للاستمرار في الحصول على خدمات التدخل المبكر من خلال خطة فردية لخدمة الأسرة أو البدء في خدمات التعليم الخاص قبل المدرسة من خلال برنامج للتعليم الفردي.
- أفهم/نفهم أنه في حالة اختيار أن يحصل الطفل على الخدمات من خلال خطة التعليم الفردي ووقف خدمات الخطة الفردية لخدمة الأسرة فإن طفلي/طفلتنا والأسرة لن يعودوا مستحقين لخطة فردية لخدمة الأسرة.
- أفهم/نفهم أنه في حالة اختيار أن يحصل الطفل على الخدمات من خلال خطة فردية لخدمة الأسرة فإنه يمكن في أي وقت إيقاف المشاركة في خدمات التدخل المبكر من خلال خطة فردية لخدمة الأسرة واختيار البدء في خدمات التعليم الخاص قبل المدرسة من خلال برنامج للتعليم الفردي.
- أفهم/نفهم أنه على الوكالة المحلية الرئيسية أن تستمر في توفير خدمات الخطة الفردية لخدمة الأسرة طبقًا للخيار الموسع للخطة الفردية لخدمة الأسرة حتى تاريخ بدء تقديم الخدمات من خلال برنامج للتعليم الفردي. إلا أنه في حالة اختيار برنامج التعليم الفردي ورفض الموافقة على التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة التي يتم تقديمها في برنامج التعليم الفردي الذي وضعه فريق برنامج التعليم الفردي، فإنني/إننا نفهم أن خدمات الخطة الفردية لخدمة الأسرة ستتوقف.
- أفهم/نفهم أن موافقتي/موافقتنا على استمرار خدمات الخطة الفردية لخدمة الأسرة تطوعية وأنها يمكن التراجع عنها في أي وقت.

اختيار الأسرة

اختر مربعًا واحدًا.

 أوافق/نوافق على استمرار خدمات التدخل المبكر من أجل الطفل والأسرة من خلال خطة فردية لخدمة الأسرة بعد عيد ميلاد الطفل الثالث.

 أطلب/نطلب وقف خدمات التدخل المبكر من أجل الطفل والأسرة من خلال خطة فردية لخدمة الأسرة في سن الثالثة.

التاريخ

توقيع الوالد (الوالدان)/الوصي/الوالد البديل

التاريخ

منسق الخدمة

التاريخ

الوكالة/الوظيفة

مشارك آخر

التاريخ

الوكالة/الوظيفة

مشارك آخر

الخطة الفردية لخدمة الأسرة (IFSP)
نموذج الإضافة/التغيير

استعراض الخطة الفردية لخدمة الأسرة

استعراض الخطة الفردية لخدمة الأسرة	تغييرات في معلومات الطفل والأسرة
<p>نوع الاستعراض: حدد واحدة.</p> <p>تاريخ الاجتماع: _____</p> <p><input type="checkbox"/> ستة أشهر</p> <p><input type="checkbox"/> سنوي</p> <p><input type="checkbox"/> طلب موفر خدمة</p> <p><input type="checkbox"/> طلب والد</p> <p><input type="checkbox"/> طلب والد/موفر خدمة</p>	<p>(لا تتطلب التغييرات في المعلومات الديمغرافية توقيع الوالد.)</p> <p>معلومات الطفل:</p> <p>اسم الطفل: _____</p> <p>العنوان: _____</p> <p>الهاتف: _____</p> <p>تاريخ الميلاد: _____</p> <p>المساعدة الطبية #: _____</p>
<p>حالة الاستعراض: حدد واحدة.</p> <p><input type="checkbox"/> استمرار في الخطة الفردية لخدمة الأسرة</p> <p><input type="checkbox"/> تعديل الخطة الفردية لخدمة الأسرة</p> <p><input type="checkbox"/> إضافة خدمة</p> <p><input type="checkbox"/> تعديل خدمة</p> <p><input type="checkbox"/> إنهاء الخدمة</p> <p><input type="checkbox"/> إضافة/تعديل المخرجات</p> <p><input type="checkbox"/> إنهاء الخطة الفردية لخدمة الأسرة (إذا تم تحديدها، استكمل قسم "سبب حالة عدم التنشيط" فيما يلي).</p>	<p>معلومات الأسرة:</p> <p>الاسم: _____</p> <p>العنوان: _____</p> <p>الهاتف: _____</p> <p>البريد الإلكتروني: _____</p> <p>الصلة بالطفل: _____</p>
<p>أسباب حالة عدم النشاط: حدد واحدة.</p> <p>تاريخ توقف النشاط: _____</p> <p><input type="checkbox"/> لم تنجح محاولات الاتصال (السن من الميلاد إلى رياض الأطفال)</p> <p><input type="checkbox"/> استكمال الخطة الفردية لخدمة الأسرة قبل الوصول إلى سن الثالثة (من الميلاد إلى سن الثالثة)</p> <p><input type="checkbox"/> الوفاة (من الميلاد إلى عمر رياض الأطفال)</p> <p><input type="checkbox"/> تم تحديد عدم القابلية (ملاحظة: لم يتأهل هذا الطفل من قبل).</p> <p>(من الميلاد إلى 3 سنوات)</p> <p><input type="checkbox"/> الانتقال إلى خارج الولاية (من الميلاد إلى عمر رياض الأطفال)</p> <p><input type="checkbox"/> الانتقال إلى سلطة قضائية أخرى (من الميلاد إلى عمر رياض الأطفال)</p> <p>اسم السلطة القضائية: _____</p> <p><input type="checkbox"/> انسحاب الوالد (من الميلاد إلى عمر رياض الأطفال)</p> <p><input type="checkbox"/> الانتقال في سن الثالثة (عدم الاستمرار في الخطة الفردية لخدمة الأسرة)</p> <p>(من الميلاد حتى 3 سنوات)</p> <p><input type="checkbox"/> استكمال الخطة الفردية لخدمة الأسرة قبل الوصول إلى سن الثالثة (من سن الثالثة إلى سن رياض الأطفال)</p> <p><input type="checkbox"/> الانتقال بعد سن الثالثة (من سن الثالثة إلى عمر رياض الأطفال)</p>	<p>معلومات منسق الخدمة:</p> <p>الاسم: _____</p> <p>الوكالة: _____</p> <p>الهاتف: _____</p> <p>البريد الإلكتروني: _____</p>

حصلت/حصلنا على إشعار مناسب باستعراض هذه الخطة الفردية لخدمة الأسرة. حصلت/حصلنا على فرصة المشاركة في استعراض هذه الخطة الفردية لخدمة الأسرة. تم إبلاغي/إبلاغنا بحقوق/حقوقنا الأبوية من خلال الحقوق الأبوية: إشعار الأوصياء الإجرائي من ولاية ماريلاند ونعطي الإذن لبرنامج التدخل المبكر بتطبيق أية مراجعات للخطة الفردية لخدمة الأسرة على أساس هذا الاستعراض.

التاريخ	توقيع الوالد (الوالدان)/الوصي/الوالد البديل
التاريخ	منسق الخدمة
التاريخ	مشارك آخر
التاريخ	مشارك آخر